

CONTRA LA "VERDAD": 4.48 PSYCHOSIS Y CLAVÍCULA
COMO NARRACIONES FEMENINAS DEL DOLOR,
LA LOCURA Y EL SUICIDIO

AGAINST "TRUTH": 4.48 PSYCHOSIS AND CLAVÍCULA AS FEMALE STO-
RIES OF PAIN, MADNESS AND SUICIDE

JUAN PEDRO MARTÍN VILLARREAL
Universidad de Cádiz
juanpedro.martin@uca.es

RESUMEN: Este trabajo pretende analizar cómo desde la literatura se ha reflexionado sobre la generación de un régimen de verdad establecido por el discurso médico a partir del siglo XIX en torno a las experiencias femeninas del dolor, la locura y el suicidio. La feminización y medicalización del suicidio, especialmente el femenino, se convierte en una verdad difícilmente contestable y que tiene unas implicaciones socioculturales en tanto que ha influido el modo en que la identidad femenina se construye en relación con el discurso médico. Por medio de los textos literarios *4.48 Psychosis* (1999), de Sarah Kane, y *Clavícula* (2017) de Marta Sanz, se presentan dos alternativas discursivas que narran la experiencia del dolor femenino y reivindican una experiencia que escapa a las consideraciones planteadas por el discurso de la medicina actual sobre la mujer y la enfermedad que intentan apuntar a la ideología oculta en las actuales verdades científicas en torno a la enfermedad mental, el suicidio y el dolor.

PALABRAS CLAVE: Suicidio femenino, discurso médico, literatura femenina, biopoder, estudios sobre el dolor

ABSTRACT: This work seeks to analyze how literary discourses have reflected upon the creation of a regime of truth around feminine experiences on pain, madness and suicide which has been established by medical discourse from the 19th century onwards. Feminization and medicalization of suicide are evident in the 20th and the 21st centuries, especially when female suicide is concerned, and it has become a truth difficult to defy. Two ways of reacting against the monolithic discourse of medicine on femininity and illness are found in the literary texts *4.48 Psychosis* (1999), written by Sarah Kane, and Marta Sanz's *Clavícula* (2017). Both

texts attempt to point out at the hidden ideology in the current scientific truths created around mental illnesses, suicide and pain.

KEYWORDS: Female Suicide, Medical Discourse, Women's Writing, Biopower, Pain Studies



1. PERSPECTIVAS HISTÓRICAS RESPECTO DE LA MEDICALIZACIÓN Y FEMINIZACIÓN DEL SUICIDIO

La cambiante concepción del suicidio en distintas épocas y sociedades nos obliga a reflexionar sobre el modo en que hoy concebimos este acto de muerte voluntaria de acuerdo con nuestra propia ideología y sobre cómo una determinada comprensión del suicidio se ve reflejada en nuestros discursos, sean de la índole que sean. Nos enfrentamos a un complejo entramado discursivo en el que conviven textos que pretenden difundir lo que, en términos foucaultianos, podemos denominar un régimen de verdad, es decir, una construcción histórica de una idea que se acepta unánimemente y que es defendida por una serie de instituciones de poder (Foucault 1976). En el caso que nos ocupa, encontramos que el discurso médico ha instaurado una visión monolítica en torno a la idea del suicidio como consecuencia directa de una patología mental (Battin 2005: 164), la cual es aceptada mayoritariamente y oscurece en este proceso otras significaciones morales, políticas o criminales que el suicidio, en particular el femenino, puede tener en la actualidad y a lo largo de la historia.

Actualmente, la medicalización del suicidio en el mundo occidental es manifiesta, ya que incluso cuando se acepta la existencia de un suicidio en plena libertad y autonomía, las causas que lo motivan sí se hallan medicalizadas, dado que la pérdida de sentido de la vida se tiende a interpretar como resultado de un problema de salud mental.¹ Además, escasamente se recuerdan otros posicionamientos históricos que propiciaban visiones tales como la alabanza moral de los suicidios heroicos en las antiguas sociedades grecolatinas o la persecución legal a los suicidas y sus cadáveres por parte del cristianismo, íntimamente ligada a una comprensión del mismo como una decisión personal que va contra el designio de Dios. El hecho de que vivamos inmersos en este régimen de verdad y que asumamos el discurso médico como un tipo de discurso desideologizado que no establece formas de poder sobre nuestros cuerpos provoca que no se cuestione la idea de que el suicidio sea necesariamente un problema patológico.

¹ La generación de un régimen de verdad en torno al suicidio como resultado de una enfermedad mental no supone la creencia en un discurso médico hegemónico a este respecto, puesto que dentro de la comunidad médica se han generado debates de carácter bioético en torno a la capacidad del paciente para decidir sobre su propia vida y a la pertinencia del paternalismo médico. Para leer un caso práctico, consulte Espínola-Nadurille, Sánchez-Barroso, Páez-Moreno, Sánchez-Guzmán y Ramírez-Bermúdez (2014).

Según apuntan Velasco Salles y Pujal i Lombart (2005), a partir de los siglos xix y xx se estableció una retórica de la verdad desde las teorías psicopatológicas y sociológicas que “exculpa y justifica, desdibuja e invisibiliza la (posible) agencia del sujeto que lleva a cabo un suicidio” (2005: 136). Esta visión reduce el sufrimiento y el malestar que mueven al suicidio a síntomas de una patología mental. En el análisis de los discursos literarios de factura femenina que generan una verdad en torno a la experiencia del dolor y el suicidio que disiente de la establecida por el poder psiquiátrico, no podemos sino aceptar la fuerte influencia que las propuestas de Michel Foucault tienen sobre el modo en que se comprenden estas narrativas como reacciones críticas ante los mecanismos que pretenden gobernar al individuo en todos los aspectos de su vida, incluyéndose el propio cuerpo y el propio espíritu, por medio de instituciones científicas como la medicina (Vázquez 1995:13). Al igual que Foucault se preguntó en trabajos como *Historia de la locura* o *Vigilar y castigar* por qué nos parece aceptable que el Estado encierre a los locos y a los delincuentes para curarlos y corregirlos, podríamos preguntarnos lo mismo con respecto a los suicidas y al trato médico que se les dispensa. En otras palabras, la crítica foucaultiana pone en tela de juicio que el tratamiento psiquiátrico del suicida sea una evidencia.

Cabría definir el proceso de medicalización como “a misclassification of non-medical problems as medical problems” (Pridmore 2011: 78). La medicalización del suicidio, por tanto, supone comprenderlo como un problema médico con unas causas diagnosticables y una solución que solo puede ser proporcionada desde la institución médica. Hoy pocos estudios ponen en duda la pertenencia de la investigación y la prevención del suicidio a las disciplinas de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología, pero algunos como Marsh (2010) apuntan a la construcción histórica de este concepto, y otros como Szasz (1999) y Stevenson & Cutcliffe (2006) se ocupan de estudiar las consecuencias negativas de la comprensión del suicidio como una patología. Muestra de que esta verdad sobre el suicidio oscurece otros significados y causas, tales como la acción voluntaria, política o de protesta, es la ineficacia de los tratamientos antidepresivos en la disminución de la tasa de suicidio en casos en los que se detectan actitudes suicidas que son tratadas médicamente. Si la depresión y la enfermedad mental son las únicas causas que motivan el suicidio, un tratamiento que se muestre efectivo contra estos debería hacer disminuir estos casos. Los datos prueban, por el contrario, que estas soluciones farmacológicas no son suficientes para prevenirlo (Van Praag 2005: 254), lo que ha de obligarnos a contemplar otras realidades que no están siendo tenidas en cuenta en el modo en que la sociedad por medio de su sistema médico afronta este problema.

Por hegemónica que resulte la patologización del suicidio en la actualidad, evidente en discursos médicos, psiquiátricos, gubernamentales, mediáticos o incluso eclesiásticos (Marsh 2010: 27), esta comprensión no se hizo patente hasta el siglo xix, momento en que ya se había producido un cambio semántico en torno al suicidio que motivó una diferente aceptación social y una vinculación del mismo a causas médicas, a la par que se produjo una paralela feminización de este acto, que provocó que este fuera entendido como un mal de mujer.

Iniciadores de este discurso que en cierto modo lo salva de la condena legal establecida hasta entonces fueron autores como Jean-Etienne Esquirol, Vicesimus Knox, William Rowley o Charles Moore. El primero definió en su *Dictionnaire des sciences médicales* el suicidio como resultado de una enfermedad mental (Marsh 2010: 100), mientras que Rowley, Knox y Moore son autores de textos que establecen un estrecho vínculo entre suicidio y feminidad, por lo que se estereotipa al sujeto suicida como femenino o, en el caso de que este sea un hombre, es entendido como afeminado y propenso al lujo o la melancolía (Brown 2001:87).

Se impuso así un discurso médico que comprendía al sujeto femenino como un cuerpo anormal que ha de ser controlado para que no ultime un suicidio para el que está genéticamente predispuesto. Tal como apunta Margaret Higonnet, "to medicalize suicide is to feminize it. Since much of the scientific literature perceived woman as an abnormal man, the link between her genetic defect and suicidal illness was readily made" (1986: 70). De este modo, se produjo una histerización del cuerpo femenino que permite su vigilancia y explotación (Foucault, 1998: 62) por parte de la institución médica, que se imbrica como una herramienta más en el ejercicio del "biopoder"². Este podría ser definido como una forma de dominio sobre los cuerpos por la que se administra la vida y se rechaza la muerte, de ahí el creciente interés que durante el siglo XIX se dio por el suicidio, pues se situaba "en las fronteras y los intersticios del poder que se ejerce sobre la vida, el derecho individual y privado de morir" (Foucault 1998: 168). Nuestro discurso médico actual, salvando las distancias, resulta en cierto modo heredero de este modo de comprender el quehacer médico en tanto que el biopoder sigue siendo una fuerza implicada en el control y regulación de nuestros cuerpos, determinando, en el caso del suicidio, sus causas y prevención.

La medicalización y feminización del suicidio en el siglo XIX no se limitó al campo médico, sino que también contaminó otros discursos con los que convivía y generó una serie de ideas culturales que perviven de un modo u otro en los siglos XX y XXI. De hecho, el suicidio femenino se convirtió en una "cultural obsession" (Higonnet 1986: 68) para el arte y la literatura de las sociedades decimonónicas, en cuyas representaciones se difundió subrepticamente una comprensión de la mujer como sujeto proclive a la locura y al suicidio. En este contexto se han de comprender obras pictóricas como las múltiples representaciones de Ofelia, entre las que destaca *Ophelia* (1852) de John Everett Millais, o la profusa nómina de protagonistas femeninos que sucumben al suicidio en la literatura de la época, tales como Zenobia en *The Blithedale Romance* (1852), *Anna Karenina* (1877), o *Madame Bovary* (1856). Todas ellas comparten una caracterización femenina que las define como un individuo débil tanto a nivel físico como psicológico, privado de su propia voluntad y abocado al suicidio ante la fragmentación de su identidad, construida en torno a sus lazos afectivos de tipo amoroso o paternal. De este modo, el discurso patriarcal por medio del artístico construyó una ficción sobre la prevalencia del suicidio que, unida al discurso patológico vigente, contaminó los discursos sobre este acto añadiéndoles un matiz

² Para una definición del concepto de biopoder, consulte Foucault (1998).

sexual que aún hoy se mantiene de forma subliminal en la pervivencia de clichés culturales que caracterizan a la mujer como histérica.

No obstante, conviene recordar que no hay relaciones de poder sin resistencia (Foucault 1999: 405), por lo que frente a este discurso hegemónico se configura necesariamente otro disidente. La escritura femenina constituye un espacio en el que es posible encontrar una contestación crítica de los mimbres sobre los que se construye esta verdad monolítica que esconde aristas y realidades sobre las causas y razones del suicidio, por lo que será el objetivo de este trabajo ahondar en la respuesta que este discurso recibe por parte de las mujeres en algunas obras literarias que reflexionan sobre el dolor, la locura o el suicidio de las mujeres. En casos como los analizados, estos discursos se convierten en una forma de resistencia frente al ejercicio del biopoder y la construcción de este régimen de verdad. A su vez, estas obras literarias funcionan casi como alegatos que reivindican los suicidios no patológicos, la desvinculación de este acto con la feminidad, o incluso realizan una apología de la identidad fragmentada sin que esta suponga una necesaria pulsión suicida.

2. REACCIONES CONTRA LA MEDICALIZACIÓN DEL SUICIDIO EN LA LITERATURA ESCRITA POR MUJERES

La concepción del suicidio como un “mal de mujer” recibió una pronta contestación por parte de aquellas escritoras que eludieron ocupar el espacio que desde las sociedades patriarcales se les reservaba, por lo que ya encontramos en la literatura de la segunda mitad del siglo XIX textos literarios que claman contra la comprensión única del suicidio como consecuencia de la locura y la histeria femenina. Obras como *La hija del mar* (1859), de Rosalía de Castro, o *The Awakening* (1899), de Kate Chopin, propician lecturas del suicidio como respuesta de un sujeto femenino constreñido por unas duras normas sociales de tipo patriarcal que no permiten un libre desarrollo del carácter femenino, a la vez que denuncian el tratamiento que desde la medicina se hace de los malestares propios de un sistema opresivo, que son tratados como problemas menores de neurosis femenina. Pese a que el discurso patológico sobre el suicidio se erija como una verdad difícil de negar, este ha sido contestado desde la marginalidad por otros discursos disidentes que muestran una diferente comprensión del modo en que el suicidio se convierte en una opción viable para poner fin a la vida de una mujer. También en el siglo XX se han generado textos literarios que no comulgan con el régimen de verdad instaurado en el discurso psiquiátrico en torno a la locura y al suicidio, ya no tan marcado por distinciones de género, pero aún connotados como males cercanos a una concepción muy determinada de lo femenino, tal como se puede apreciar en las obras literarias de autoras como Alfonsina Storni, Anne Sexton, Alejandra Pizarnik, Adelaida García Morales, Virginia Woolf, Ana María Matute, Elena Quiroga o Ellen Gilchrist.

Textos como 4.48 *Psychosis* (1999), de Sarah Kane, y *Clavícula* (2017) de Marta Sanz resultan clave para comprender cómo desde el discurso femenino se construye un espacio para la disidencia que permite dudar de la patologiza-

ción del suicidio, de la necesaria relación entre este y la inestabilidad mental, o del control médico sobre el cuerpo de las mujeres y sus dolencias. Estas obras, si bien desde planteamientos y lugares diferentes, establecen reivindicaciones sobre el cuerpo femenino, el dolor, la locura y la voluntad en el suicidio que contribuyen a que sean considerados como textos que claman contra el biopoder y sus acciones sobre la mujer. En cualquiera de estos casos, ambas obras son de expresiones artísticas de la mujer como sujeto doliente que intenta aprehender un dolor no reconocido por las instituciones médicas, convivir con el mismo, espectacularizarlo, reivindicarlo o hacerlo evidente con su propia muerte, negando la vinculación directa del dolor, la locura y el suicidio, o lo que es lo mismo, desafiando la idea de que todo suicidio se deba a la demencia del que lo ejecuta.

2.1. 4.48 *Psychosis* como alternativa literaria al discurso médico sobre el suicidio

4.48 *Psychosis* es una obra teatral escrita por la autora británica Sarah Kane entre 1998 y 1999 y publicada póstumamente en ese mismo año que destaca por construir un discurso sobre el sujeto suicida que se presta a lecturas que subvierten algunos de los presupuestos sobre los que se asientan las actuales significaciones del suicidio tales como la autoridad del médico, la concepción única del sujeto suicida como enfermo, o los resultados de las medidas de control y prevención de tipo farmacológico. Se trata de un diálogo dramático puramente experimental plagado de reflexiones monológicas en el que resulta difícil, si no imposible, identificar a los personajes participantes, pues, como apunta Blanco de la Lama, “Kane suprime deliberadamente las acotaciones espacio-temporales, los *dramatis personae* y toda indicación que permita determinar cuántos personajes intervienen en escena” (2017: 165). La voz de la protagonista habla en primera persona de su dolor, su locura y sus tentativas de suicidio mostrando una consciente actitud de crítica a la autoridad médica y de reivindicación de la propia identidad fragmentada, que dialoga entre sí dando como resultado la puesta en escena del tumulto interior de la consciencia (2017: 166).

Quizá el rasgo que más popularidad ha dado a la obra ha sido su estrecha vinculación con la biografía de la dramaturga, quien tras escribir el texto intentó suicidarse tomando un centenar de pastillas, acción que completó más tarde ahorcándose una vez que fue internada en un centro psiquiátrico (Brncic 2006: 26). Este hecho ha provocado que haya ciertas dudas con respecto a su grado de ficcionalidad, por lo que algunas lecturas han simplificado los significados de la obra para entenderla como una suerte de nota de suicidio en la que autora y voz dramática son una misma entidad. A pesar de que la obra fuera escrita en momentos en que la autora se debatía entre la vida y la muerte por su lucha contra la depresión y la anorexia, coincido en señalar que “it would be a second tragedy if her death were to become an easy way of not confronting the seriousness of her work” (Rebellato 1999: 281), pues la propia biografía de la autora no puede condicionar la recepción de la obra, máxime cuando el propio texto se separa de un reconocimiento autobiográfico por medio del uso de una primera persona

con un género no marcado y una deliberada desarticulación del personaje en favor de la compilación de una serie de voces sin nombre.

El carácter híbrido del texto de Kane ha hecho dudar sobre su propio carácter teatral (Lehmann 1999: 87), que renuncia a la coherencia interna de una narración dramática y se acerca a la poesía en la disposición visual del texto y sus potencialidades rítmicas (Blanco de la Lama, 2017: 167), así como en la poetización de las acotaciones –sirva como ejemplo “a darkened banqueting hall near the ceiling of a mind whose floor shifts as ten thousand cockroaches when a shaft of light enters and all thoughts unite in an instant” (Kane 2001: 205). Sin embargo, las últimas palabras pronunciadas en la obra, “Please, open the curtains” (245), no dejan lugar a la duda sobre el carácter espectacular y dramático del texto, en el que la espectacularización del dolor es innegable, así como a la necesidad de abrir el telón y mostrar una realidad que merece ser expuesta: una realidad monstruosa, cruel y desagradable, en línea con el teatro de la crueldad de Antonin Artaud (Brncic 2006).

Gran parte de las reflexiones expresadas en el texto teatral se centran en reflejar cómo es la relación establecida entre paciente y doctor en un entorno psiquiátrico. Para ello, la autora se sirve del propio discurso psiquiátrico sobre el suicidio, emulado con intención irónica. La protagonista enumera sus sentimientos de un modo que recuerda al *Beck Depression Inventory* (BDI), un instrumento de evaluación de la depresión comúnmente utilizado que consiste en un cuestionario formado por veintiuna preguntas de respuesta múltiple (Marsh 2010: 197), de cuyas respuestas se pueden encontrar calcos como “I am a complete failure as a person”, o paráfrasis como “I cannot fuck” (Kane 2001: 207). Igualmente, Sarah Kane también se reapropia de otro instrumento de análisis psiquiátrico cuando aparecen en el texto una serie de números dispuestos desordenadamente en la página, lo cual hace referencia al *Serial Sevens test*, conocido en español como la prueba de la sustracción competitiva por siete. Esta prueba sirve para comprobar el estado mental del paciente por medio de la comprobación de su capacidad para restar consecutivamente siete números partiendo del cien (Manning 1982: 1192). Si son analizados los dos casos en que la protagonista realiza esta prueba, su resultado apunta a una inestabilidad mental que mejora justo cuando más cerca está de cometer su suicidio, hecho que nos obliga a reflexionar sobre si este es el resultado de una mente enferma o de una resuelta a acabar con su vida por voluntad propia. De este modo, se activa en el discurso de Sarah Kane una crítica al régimen de verdad médico que comprende el suicidio como el resultado de una patología, y no como una decisión propia.

Además, el mismo título hace referencia al suicidio de la protagonista y es profusamente nombrado a lo largo de la obra, pues “at 4.48 the happy hour when clarity visits” (Kane 2001: 242). Se trata de un momento de claridad referido a la hora en que se producen un mayor número de suicidios en los hospitales psiquiátricos ingleses, posiblemente por ser cuando los fármacos administrados la noche anterior dejan de tener efecto (Sánchez-Palencia 2006: 1), hecho que apoyaría la comprensión del suicidio como acción llevada a cabo en estado de

cordura. Por tanto, el título es ya una evidente crítica al control farmacológico sobre el suicida.

La experiencia en el hospital psiquiátrico resulta traumática para la protagonista, quien, a pesar de no haber estado hospitalizada por largo tiempo, describe el recuerdo originado por "that medicinal smell" (Kane 2001: 208) como "a wound from two years ago opens like a cadaver and a long buried shame roars its foul decaying grief" (209). La protagonista siente un profundo dolor que no alcanza a ser comprendido por los médicos, quienes son descritos como una serie de "expressionless faces string blankly at my pain" (209), lo cual prueba algunos de los presupuestos teóricos de Elaine Scarry (1985), quien apunta a la imposibilidad de expresar el dolor por la ausencia de referente que este tiene y la incapacidad de los otros para apreciar y medir el dolor ajeno. La incapacidad de los médicos para comprender su dolor y el anhelo de que "some will know the simple fact of pain" (207) motivan su suicidio. El interés médico por el dolor no va más allá del diagnóstico de síntomas, mientras que la protagonista necesita expresar su dolor, individualizarlo y que este sea sentido por los demás, de ahí su desilusión ante el hecho de que la única persona en la que confiaba en el hospital "maybe even felt the distress that sometimes flickered across your face and threatened to erupt" (210). Frente a esta dificultad para expresar un dolor que sea considerado real por la institución médica, Sarah Kane elabora un discurso que, una vez representado o leído, se convierte para la audiencia en un "espectáculo del dolor" (Brncic 2006: 40).

Las críticas prosiguen señalando el autoritarismo y el control de un cuerpo médico que la humilla constantemente en una continua vigilancia de su cuerpo. Ejemplos de ello son las pruebas de orina, en las que un médico "thought he'd pop in to take the piss" (Kane 2001: 209), o el hecho de que la observen deshumanizándola y tratando sus problemas con una total falta de empatía, señalándola como una enferma y oponiendo su incapacidad para describir su experiencia a la posesión de la razón sobre la realidad objetiva por parte de los médicos, quienes se sitúan en una situación de poder con respecto a esta última (Marsh 2010: 203). Tal como se observa en este fragmento, el control médico sobre la paciente resulta traumático por el establecimiento de un orden de poder desigual entre médico y paciente:

Watching me, judging me, smelling the crippling failure oozing from my skin, my desperation clawing and all-consuming panic drenching me as I gape in horror at the world and wonder why everyone is smiling and looking at me with secret knowledge of my aching shame. (Kane 2001: 209)

El discurso médico es la autoridad contra la que la protagonista intenta infructuosamente oponer su verdad, pues se niega el modo en que la paciente pretende suicidarse por su incapacidad para ajustarse a la realidad, de la que solo se muestra conocedor el médico. Sin embargo, frente a la racionalidad médica que la obliga a considerarse una enferma y que la libra de culpa a la par que deslegitima sus propias impresiones, se opone una consciencia de la inexistencia de una realidad objetiva, pues lo que expone el médico es, en palabras de la prota-

gonista: "your truth, your lies, not mine" (Kane 2001: 210). La consideración de los impulsos suicidas como síntomas de una enfermedad no es baladí, pues supone la negación de cualquier agencia o voluntad del sujeto sobre su propio cuerpo en cuanto a la muerte, así como cualquier posible lectura del suicidio como denuncia, es decir, se niega la posibilidad de que el sujeto considere que "this is not a world in which I wish to live" (210). De este modo, la institución médica impone su verdad sobre la paciente de un modo tan ambiguo que se entiende que las actitudes suicidas no son culpa directa de quien las tiene, pero al mismo tiempo se señala que "you have to take responsibility for your own actions" (218).

Otra de las críticas al sistema médico que ejerce su control sobre los sujetos con tendencias suicidas es la utilización de fármacos con o sin la colaboración del paciente. Se ironiza sobre el abuso que ejercen los médicos en la administración de medicinas que no solucionan sus problemas, puesto que le ofrecen "chemical cures for congenital anguish" (209). Lejos de ser esta la solución, la protagonista prueba que su reticencia a tomar estos fármacos está fundamentada debido a los efectos secundarios que estos le producen, señalándose cómo se la considera una paranoica por considerar que su medicina le produce reacciones adversas (Marsh 2010: 208):

Sertraline, 50mg. Insomnia worsened, severe anxiety, anorexia, (weight loss 17kgs,) increase in suicidal thoughts, plans and intention. Discontinued following hospitalisation.

Zolpiclone, 7.5mg. Slept. Discontinued following rash. Patient attempted to leave hospital against medical advice. Restrained by three male nurses twice her size. Patient threatening and uncooperative. Paranoid thoughts – believes hospital staff are attempting to poison her. (Kane 2001: 223)

En cualquier caso, la aceptación de este tratamiento es siempre forzada, pues supone renunciar a su capacidad mental por una suerte de "chemical lobotomy" (Kane 2001: 221) para ser "a bit more fucking capable of living" (221), sin que esto solucione una angustia congénita que forma parte de su identidad. Irónicamente, el veneno suministrado farmacológicamente por los médicos será el instrumento utilizado por la protagonista para ejecutar su suicidio, para el cual se sirve de "one hundred Lofepamine, forty five Zopiclone, twenty five Temazepam, and twenty Melleril" (241).

Pese a que 4.48 *Psychosis* comparta algunos elementos propios de los discursos que propician la patologización del suicidio femenino, tales como la fragmentación de la identidad femenina o la indicación de una causalidad de tipo amoroso en el origen o el empeoramiento de las tendencias suicidas de la protagonista, subyacen a ellos una reivindicación en la que la fragmentación identitaria no está motivada por la ausencia del amor de alguien que ya no está, si bien esta ausencia aumenta el dolor de la suicida (Marsh 2010: 200). El amor es "the vital need for which I would die" (Kane 2001: 242), y en este hecho coincide la causa del dolor, la locura y el suicidio con las aducidas por las élites patriarcales. Sin embargo, la fragmentación de su identidad, evidente en la disociación que se establece entre su cuerpo y su mente, pues "body and soul can never

be married" (212), y en el hecho de que su mente esté hecha de "bewildered fragments" (210), es intrínseca a su persona, incluso si "this madness that eats me a sub-intentional death" (226) la lleva al suicidio. Por tanto, *4.48 Psychosis* se configura como un espectáculo teatral que en su reivindicación de la fragmentación identitaria y el deseo de morir constituye un ejemplo de disidencia frente al régimen de verdad conformado en torno a las causas médicas que motivan el suicidio

2.2. *Clavícula* y la reivindicación del dolor femenino

Clavícula (2017) de Marta Sanz mantiene una postura con respecto al suicidio diametralmente diferente a la anteriormente estudiada, si bien comparte con esta una serie de elementos comunes tales como la reflexión en torno a la relación establecida entre el sujeto femenino y el sistema médico, la búsqueda de la expresión del dolor, y la vinculación de este con la locura y el suicidio, probando que el dolor femenino o la locura no tienen por qué derivar necesariamente en impulsos suicidas. Con una estructura híbrida que se aleja de los moldes de la novela, la obra recoge impresiones y experiencias en torno a un dolor físico repentinamente sentido por la protagonista, trasunto literario de la autora. Se trata de una novela del yo en la que la autora no esconde su posicionamiento ideológico ni "imposta su identidad social y personal" (Benítez 2017: 29), sino que, más bien, se configura como un grito o un aullido (Kaiser Moro 2018) con el que, como ya había hecho anteriormente, Marta Sanz se enfrenta de lleno al discurso hegemónico y a los aparatos que lo sustentan.³ Nuestro interés en la obra radica en su desafío al discurso médico sobre el control del cuerpo y la psique femenina en su consideración como sujeto demente o suicida desde un punto de vista que pasa por la reivindicación del dolor y la desvinculación del mismo con cualquier impulso suicida que apunte a la locura.

La obra se inicia señalando el principal problema sobre el que gira la narración, la duda sobre la existencia del dolor o si el mismo está motivado por la demencia de quien lo siente: en palabras de Marta Sanz, "la posibilidad de que no me haya pasado nada es lo que más me estremece" (2017: 11). Partimos por tanto de la consideración de Elaine Scarry, quien señala que la dificultad para expresar el dolor se debe a que este no tiene referente (1985: 5). Es la ausencia de un contenido referencial que lo haga real lo que produce ciertas dificultades a la hora de expresar este dolor propio que "comes unsharably into our midst as at once that which cannot be denied and that which cannot be confirmed" (1985: 4). La expresión del dolor se convierte por tanto en una ardua pero necesaria tarea, puesto que, como afirma la protagonista, se ha de "compartir mi dolor y mi miedo para sacarlo de mí" (Sanz 2017: 17), a la vez que se necesita de una representación ajena al sujeto para percibirlo y hacerlo real, ya sean estos

³ La obra literaria de Marta Sanz ha captado la atención de la crítica en los últimos años por su compromiso ético y su carácter disidente, pudiéndose comprender como una posición de rebeldía frente a los grandes discursos hegemónicos. Véase, por ejemplo, Sánchez Zapatero y Reyes Martín (2018).

muecas y gestos físicos o representaciones de tipo literario o artístico como la que se analiza. Como señala Javier Moscoso, "el dolor representado forma parte de lo vivido; de ahí su carácter significativo" (2011: 26), por lo que la expresión del dolor toma carices reivindicativos.

La expresión más básica del dolor no se sirve del lenguaje, sino que se recurre al llanto para evidenciar su existencia, para intentar que sea percibido por los demás al igual que es percibido por uno mismo. Sin embargo, pasado este primer momento, se intenta describir y comprender el dolor físico que atenaza el cuerpo, para lo cual se le intenta dotar de una forma. En el caso de Marta Sanz, este dolor es descrito como "una pequeña cabeza de alfiler que súbitamente se transforma en una huella de malignidad" (Sanz 2017: 12), como una "garrapata" (34) que atenaza su corazón, como "un ratoncito que cambia de tamaño y de forma dentro de su jaula", como "un huevo de jilguero" (45), o como "el punto rojo que me quema el pecho" (37). Por tanto, se evidencia que debido a la falta de referencialidad del dolor se hace necesaria la utilización de metáforas que dotan al dolor de una entidad física por medio de su equiparación o bien con un arma o bien con una herida (Scarry 1985: 14).

Sin embargo, ninguna de estas metáforas creadas por el sujeto doliente es suficiente, pues este depende enormemente de la validación de su dolor por parte de la autoridad médica que tiene entre sus poderes señalar qué dolencias son reales y tratables y cuáles no. No solo se trata de la capacidad de expresar el dolor, sino de que este dolor sea reconocido por medio de los poderes que regulan la salud. Frente a la autoridad médica, que diagnóstico tras diagnóstico señala su dolor como uno infundado, producto de la mente de la protagonista, este encuentra interlocutor en su marido, quien "está enfermo conmigo" (Sanz 2017: 25). Además, la autora realiza una distinción de género al reivindicar su malestar de mujer, pues permanece intrínseca a sus palabras la noción de biopoder, dado que mientras que la autoridad médica trata seriamente las enfermedades que afectan a los hombres y les encuentra cura, las enfermedades de la mujer se consideran dolores naturales que no la tienen o se configuran como mecanismos de control del cuerpo, pues en última instancia su medicalización solo responde a un interés por la vigilancia de los cuerpos femeninos:

Mientras busco palabras frenéticamente, las amontoño, necesito que alguien con bata blanca le ponga nombre a esta enfermedad. E invente su aspirina. No hay presupuesto. Es jodidamente natural. Los calvarios de las hembras de la especie son jodidamente naturales. (Sanz 2017: 30-31)

El dolor, por tanto, se prueba una realidad inexpresable que es difícilmente evaluable en el diagnóstico médico. Los intentos por parte de la medicina de medir con precisión la subjetividad del dolor del paciente prueban ser inexactos, por lo que el *McGuill Pain Questionnaire* (Melzack 1983), frecuentemente utilizado en hospitales, no puede medir con exactitud un dolor que no puede expresarse, especialmente si se analiza el mismo desde el punto de vista del sujeto doliente:

¿Has probado a buscar las palabras exactas para describir ese dolor, convertido en síntoma, que ayuda a los médicos a diagnosticar? El médico te lo ruega: "Tienes que ayudarme." [...] "Mi dolor es..." Nudo, corbata, pajarita, calambre, ausencia, hueco invertido, cucharada de aire, vacío de hacer al vacío, blanco metafísico, succión, opresión, mordisco de roedor, de pato, de comadreja, carga, mareo, ardor, el roce de un palo, una zarza ramificada dentro de mí, bola de pelusa, masticación de tierra, una piedra en la garganta o en la glotis o sobre un alvéolo, sabor a sangre y metales, estiramiento de las cuerdas de los músculos, electrocución, disnea, boca árida. Tengo tantas palabras que no puedo decir ninguna. Conozco bien el lenguaje y sus figuras retóricas. Pero soy tan imprecisa. No puedo explicarme y me da una taquicardia. Llego a las ciento sesenta pulsaciones. Miro al médico al fondo de los ojos con la desesperación de una muda. No hay mentiras ni metáforas para expresar mi dolor. (Sanz 2017: 61)

El dolor femenino que no encuentra definición médica, que no es reconocido por los demás, obliga al sujeto que lo siente con total certeza a dudar sobre el mismo y sobre sus capacidades mentales, esto es, se comienza a dudar sobre si el sufrimiento que siente y que no se reconoce posibilita que "tal vez esté completamente loca" (Sanz 2017: 54). La autora evidencia cómo el discurso médico trata como locas a las mujeres y presta una velada indiferencia a las enfermedades consideradas como femeninas. Así, sus miedos a estar loca no son genéticos, no constituyen una suerte de "congenital anguish", sino que vienen motivados por "una serie de estímulos externos que me van dejando huellas" (108), es decir, son culturales las presiones que motivan la consideración de la mujer como sujeto demente. Del mismo modo, las enfermedades femeninas se sitúan al margen de las acciones médicas puesto que "las mujeres padecemos enfermedades misteriosas, enfermedades que se colocan en el límite de lo psiquiátrico y lo muscular, a través de lo neurológico" (134).

Sin embargo, su posicionamiento con respecto a este discurso que este-reotipa a la mujer como loca sorprende por lo reivindicativo y lo irónico. Por un lado, se prueba lo falaz de este discurso en el caso de Natalia, la mujer con una infección precancerosa por una mala práctica médica. Ella es considerada una loca por reivindicar su dolor y negarse a tomar los ansiolíticos prescritos por considerarlo fruto de la depresión posparto. La aceptación de una autoridad médica que pasa por alto las dolencias femeninas y las ata a una incapacidad para soportar el dolor o una predisposición a la queja podría haberle costado la vida. Por otro lado, se ironiza con respecto a la posición que en el sistema médico ocupa la mujer, por lo que se alegra "pensando en lo caras que le salimos las locas a la seguridad social" (92) y recurre una y otra vez a médicos que siguen sin ser capaces de encontrar causa a su dolor.

Cabría señalar cómo el dolor y la posible locura de la protagonista se desvinculan completamente de cualquier tendencia suicida, pues aunque se den en ella los elementos hasta entonces implicados en las pulsiones de una feminidad aquejada por el suicidio, la reivindicación del dolor y la enfermedad que realiza Marta Sanz adquieren un cariz de ironía y protesta con alcance político: salvar a las mujeres de la autoridad del biopoder, que vigila y controla sus cuerpos, regula su dolor, y propicia una comprensión de ciertas afecciones como

propias de la feminidad. De hecho, su impulso por gritar y ser oída es incompatible con un suicidio que supone el silencio, por lo que su respuesta ante la feminización de la locura no es elegir una muerte que pruebe la capacidad de acción y voluntad de su identidad femenina, sino que se opta por una vida en la que se reivindique el dolor de la mujer como una entidad desvinculada de la locura y de un supuestamente consecuente suicidio. Recordando a David Foster Wallace, la autora apunta a las diferencias existentes entre ambos y al hecho de que la narración de su experiencia provoque que muchos de sus lectores la consideren un sujeto con cierta tendencia al suicidio, probablemente movidos, de nuevo, por una serie de ideas culturales que permanecen subconscientemente en nuestro imaginario y propician la imagen de la mujer loca y suicida. Sin embargo, su deseo es otro: "se suicidó, que es algo que yo nunca haría por mucho que ciertos lectores se estén preguntando por qué, por qué no. Sería tan fácil. Pero quejarse y patear no se parece en nada al deseo de desaparecer. De hecho, yo no deseo desaparecer" (195).

En definitiva, la obra de Marta Sanz supone una visión personal de la experiencia de una mujer enfrentada a un sistema médico creado desde postulados homocéntricos y con una ideología que aún mantiene un poso patriarcal que comprende al cuerpo femenino como parte de la alteridad y entiende sus problemas y enfermedades como males menores, a la vez que establece mecanismos de control sobre su cuerpo por medio de las intervenciones médicas. Marta Sanz reacciona contra la comprensión del discurso médico como una verdad inmutable y desideologizada y reivindica la libertad de expresar el propio dolor a pesar de no ser considerado como tal por parte de la autoridad, sin que ello suponga que el dolor es imaginado y la mente de la mujer esté perturbada. Así, la construcción de un discurso que intenta romper con la vinculación de la locura y el suicidio como indiscutible consecuencia del mismo supone una alternativa al régimen de verdad instaurado por el discurso médico, apostando por una vida política, en constante liza con unos discursos que nos atrapan, nos poseen y terminan por determinar nuestros modos de vivir y de morir.

CONCLUSIONES

No hay duda de que ciertos discursos literarios de factura femenina generados desde la irrupción del discurso médico como autoridad del biopoder foucaultiano han reaccionado frente al interés por el control del cuerpo femenino y la generación de un estereotipo de la mujer como sujeto inestable, proclive a la locura y al suicidio, así como a otras dolencias inherentes a su ser que no han de ser curadas, pero sí controladas. Estas narrativas femeninas desenmascaran las intenciones ideológicas subyacentes a un discurso que pretende aparentemente estar desideologizado. Si bien el discurso médico decimonónico se analiza con una cierta perspectiva histórica que permite apreciar su parcialidad y su interés por medicalizar el cuerpo de la mujer por medio de una histerización de la misma, el actual discurso científico está igualmente provisto de unas similares pulsiones ideológicas por lo que no ha de ser asimilado como si se tratara de una

verdad absoluta, ya que "truth is centered on the form of scientific discourse and the institutions that produce it" (Foucault 2002: 131).

Desde esta perspectiva de análisis, tanto *Clavícula* como *4.48 Psychosis* prueban ser textos que se alejan de las verdades científicas en torno al dolor, la locura y el suicidio y reflejan experiencias personales sobre el peso de las instituciones sanitarias en el tratamiento de las patologías sentidas por las protagonistas, constituyéndose como alternativas al biopoder que ofrecen posibilidades de empoderamiento a los sujetos que se ven oprimidos por dicha autoridad, reivindicando el poder último del individuo sobre su cuerpo. Contradictoriamente, ambas prueban cómo se obvian dolores femeninos que no se consideran patológicos mientras que se patologizan conductas que no tienen por qué estar directamente motivadas por una enfermedad. La experiencia presentada por Sarah Kane muestra cómo la patologización del suicidio como una enfermedad conlleva la ejecución de medidas lesivas para el paciente, privándolo de toda voluntad en su consideración como enfermo, mientras que la experiencia narrada por Marta Sanz supone una reivindicación que tiene como último fin la consideración del dolor femenino por unas instituciones médicas que tienden a relativizar dichos sufrimientos y considerarlos imaginados por una mente femenina que no se libra de los estigmas ya instaurados por el discurso médico decimonónico en torno a su propensión a la locura y el suicidio.

En cualquier caso, resulta patente que la asunción acrítica de las verdades científicas sobre el dolor, la locura y el suicidio femenino da lugar a situaciones que oscurecen realidades más complejas. La realidad sobre el suicidio no puede reducirse a uno solo de sus significados, pues no todos los suicidios pueden ser leídos patológicamente. Otras razones mueven al suicidio, si bien estas quedan ocultas a la sombra de una verdad médica sobre el suicidio que obliga a que solo haya una posibilidad para atajar este problema: el control médico, la administración de soluciones farmacológicas y la concepción de la suicida como una enferma mental. Los textos analizados intentan reflejar otras verdades del suicidio, la locura y el dolor que, desde la narración y la representación personal y literaria no pretenden presentarse deshonestamente como parte de un discurso desideologizado que pueda aspirar a la verdad, sino que no esconden su posicionamiento ideológico y las intenciones políticas que subyacen al interés por despatologizar el suicidio y reivindicar el dolor femenino.

OBRAS CITADAS

- Battin, Margaret Pabst (2005): *Ending Life: Ethics and the Way We Die*. Oxford, Oxford University Press.
- Benítez Andrés, Rosa (2017): "Marta Sanz: teoría y praxis". En M. Martínez Arnaldos, y M. C. Pujante Segura (eds.): *La teoría literaria ante la narrativa actual*. Murcia, Universidad de Murcia, pp. 23-34.

- Blanco de la Lama, María Asunción (2017): "Reflexiones sobre la relación texto-escena en el horizonte teatral posdramático. El caso de 4.48 Psychosis de Sarah Kane", *Tropelías: Revista de Teoría de la Literatura y Literatura Comparada*, n.º 27, pp. 160-175.
- Brncic, Carolina (2006): "Sarah Kane y el espectáculo del dolor", *Revista Chilena de Literatura*, n.º 69, pp. 25-43.
- Brown, Ron (2001): *The Art of Suicide*. Londres, Reaktion Books.
- Espínola-Nadurille, Mariana et al. (2014): "Falta de sentido de vida y suicidio: ¿En qué circunstancias el paternalismo médico puede estar justificado?", *Acta Bioethica*, vol. 20, n.º 1, pp. 41-50.
- Foucault, Michel (2002): *The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984*, vol. III: *Power*. Ed. James Faubion. Londres, Penguin Books.
- (1998): *Historia de la sexualidad vol. I. La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- (1999): *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Vol. III*. Barcelona, Paidós.
- (1976): *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Higonnet, Margaret (1986): "Speaking Silences: Women's Suicide". En S. Suleiman (ed.), *The Female Body in Western Culture: Contemporary Perspectives*. Cambridge, Harvard University Press, pp. 68-83.
- Kane, Sarah (2001): *Complete Plays: Blasted, Phaedra's Love, Cleansed, Crave, 4.48 Psychosis, Skin*. Londres, Methuen Drama.
- Kaiser Moro, Andrea (2018): "El derecho al aullido: corporalidad y lenguaje en Clavícula (Sanz, 2017)", *Feminismo/s*, vol. 31, pp. 189-203. DOI: 10.14198/fem.2018.31.09.
- Lehmann, Hans-Thies (1999): *Postdramatic Theatre*. Nueva York, Routledge.
- Manning, Robert (1982): "The Serial Sevens Test", *Archives of Internal Medicine*, vol. 6, n.º 142, p. 1192.
- Marsh, Ian (2010): *Suicide. Foucault, History and Truth*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Melzack, Ronald (1983): "The McGill Pain Questionnaire". En: *Pain Measurement and Assessment*. Nueva York, Raven Press, pp. 41-47.
- Moscoso, Javier (2011): *Historia cultural del dolor*. Madrid, Taurus.
- Pridmore, Saxby (2011): "Medicalisation of Suicide", *Malaysian Journal of Medical Sciences*, vol. 18, n.º 4, pp. 78-83.
- Rebellato, Dan (2009): *Blasted: The Life and Death of Sarah Kane*, <http://www.danrebellato.co.uk/sarah-kane-documentary/>.
- Sánchez-Palencia Carazo, Carolina (2006): "4.48 Psychosis: Sarah Kane's 'Bewildered Fragments'", *BELLS: Barcelona English Language and Literature Studies*, n.º 15, pp. 1-9.
- Sánchez Zapatero, Javier; Reyes Martín, Raquel (2018): "Escribir contra el discurso hegemónico, de la teoría a la acción: No tan incendiario y la narrativa de Marta Sanz". En C. Somolinos Molina (ed.): "Escrituras del cuerpo: Marta Sanz", *Olívar*, vol. 18, n.º 27, p. e022. DOI: 10.24215/18524478e022.
- Sanz, Marta (2017): *Clavícula*. Barcelona, Anagrama.
- Scarry, Elaine (1985): *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Nueva York, Oxford University Press.
- Stevenson, Chris; Cutcliffe, John (2006): "Problematising Special Observation in Psychiatry: Foucault, Archaeology, Genealogy, Discourse and Power/Knowledge", *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, vol. 13, n.º 6, pp. 713-721.

- Szasz, Thomas (1999): *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Westport, Praeger.
- Van Praag, Herman (2005). "The Resistance of Suicide: Why Have Antidepressants not Reduced Suicide Rates?". En Keith Hawton (ed.): *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford, Oxford University Press, pp. 239-260.